



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARNMORSKESTUDENTERS FÖRUTSÄTTNINGAR ATT UTÖVA PROFESSIONELLT BEMÖTANDE INOM RWANDAS FÖRLOSSNINGSVÅRD

Frida Hjerpe & Madelene Orregård

Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program och kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Marie Berg

Titel (svensk):	Barnmorskestudenters förutsättningar att utöva professionellt bemötande inom Rwandas förlossningsvård
Titel (engelsk):	Rwandan midwifery students' prerequisites to responding to patients professionally in childbirth care
Examensarbete:	15 högskolepoäng
Program och kurs:	Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Elisabeth Jangsten
Examinator:	Marie Berg
Nyckelord:	Professionellt bemötande, hinder, möjligheter, förlossningsvård, barnmorskestudenters upplevelse, Rwanda

Sammanfattning:

Bakgrund: Ett av målen med vården under förlossning är att skapa en positiv upplevelse för kvinnan. Den positiva upplevelsen är av värde för kvinnan och barnets framtida välbefinnande samt för kvinnans relation till både barn och partner. Kvaliteten på maternell och neonatal vård rapporteras ofta vara otillräcklig i låginkomstländer och tidigare studier belyser ett utvecklingsbehov av det professionella bemötandet. Tidigare studier i låginkomstländer har visat att förlossningsvården inte alltid utövas med respekt. Sedan 1997 utbildas barnmorskor i Rwanda och idag är University of Rwanda det enda utbildande universitetet i landet.

Syfte: Beskriva hur barnmorskestudenter i Rwanda förbereds och upplever professionellt bemötande i förlossningsvården.

Metod: Kvalitativ metod med induktiv ansats. Data bestod av intervjuer med två studentgrupper och en lärargrupp från barnmorskeprogrammet i Rwanda samt av läroplan för barnmorskeprogrammet och kursplan för *Fundamental of midwifery*. Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom tre kategorier vilka var *Främja kvinnans trygghet under förlossningsprocessen*, *Utbildningen skapar möjlighet till att ge respektfull vård* och *Hinder att utöva kunskapen i praktiken*. Studenterna upplevde att det professionella bemötandet under förlossningen innebar att främja kvinnans trygghet. Utbildningen skapade möjligheter då den enligt studenterna förberedde de med kunskaper i hur de skulle utöva ett professionellt bemötande, vilket även framkom i analysen av dokument. Studenterna upplevde också hinder i att utöva kunskaper från utbildningen i praktiken.

Nyckelord: Professionellt bemötande, hinder, möjligheter, förlossningsvård, barnmorskestudenters upplevelse, Rwanda.

Abstract:

Background: One of the goals of childbirth care is to create a positive experience for the woman. The positive experience is of value for the woman and the child's future well-being as well as for the woman's relation to both the child and the partner. The quality of maternal and neonatal care is often reported to be insufficient in low-income countries, and earlier studies highlight the developmental needs of professional care. Previous studies have shown that childbirth care is not always practised with respect. Since 1997, midwives are educated at an academic level in Rwanda and today the University of Rwanda is the only university in the country offering the education.

Purpose: Describe how midwifery students in Rwanda are being prepared and how they experience professional midwifery care during childbirth.

Method: Qualitative method with an inductive approach. Data were group interviews from students and teachers at the midwifery program in Rwanda and the curriculum from the midwifery program and the syllabus for *Fundamental of midwifery*. Data was processed through qualitative content analysis.

Results: Three main categories were identified when analysing the data *Ensure the woman's safety and sense of security during childbirth*, *The education creates opportunities to provide respectful care* and *Barriers to practicing knowledge in practice*. Rwandan midwifery students' response to patients professionally in childbirth was to ensure the woman's safety and sense of security during childbirth. According to the students, they were prepared with the knowledge of what a professional response is, as also emerged in the analysis of the curriculum and syllabus. The students also experienced obstacles in practicing the knowledge from their education in practice.

Keyword: Professional midwifery care, Obstacles, Opportunities, Childbirth care, Midwifery Students, Rwanda

Förord

Stort tack till Madeleine Mukeshimana, Richard Nsengiyumva, Olive Tengera, Alice Muhayimana och Emmanuel Habyarimana som hjälpte oss under studiens gång och berikade vår upplevelse i Rwanda. Önskar även tacka deltagande studenter och lärare på University of Rwanda som gjorde studien möjlig att genomföra. Tack till lektor Elisabeth Jangsten som möjliggjorde kontakten med universitetet i Kigali.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Maternell hälsa ur ett globalt perspektiv	1
Barnmorskans professionella bemötande	1
International Council of Midwives	3
Fakta om Rwanda	3
Hälso- och sjukvård	4
Maternell hälsa	4
Utbildning och skolsystem	4
Barnmorskeutbildning	5
PROBLEMFORMULERING	5
SYFTE	5
METOD	6
Förförståelse	6
Urval och datainsamling	6
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	10
Främja kvinnans trygghet under förlossningsprocessen	11
Identifiera och bekräfta psykosociala behov	11
Underlätta förlossningsprogress	12
Tillgodose medicinsk säkerhet	12
Utbildningen skapar möjlighet till att ge respektfull vård	12
Lärandemål enligt ICM:s etiska kod	12
Strategier för lärandet	13
Hinder att utöva kunskapen i praktiken	14
Brist på faciliteter	14
Brist på personal	15
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	17
Vidare forskning	18
Konklusion	18
REFERENSER	20
Bilaga 1	25

Inledning

Organisationers och medias rapporter om otillräcklig kvalitet inom mödravård och neonatalvård i låginkomstländer skapade intresset att få en ökad förståelse för barnmorskans kompetensområde reproduktiv och perinatal hälsa på ett internationellt plan. Hundratusentals kvinnor och nyfödda barn dör varje år i samband med graviditet och förlossning. Många dödsfall hade kunnat förebyggas genom vård av kunnig barnmorska. Kvalitativ mödravård bör dock inte bara fokusera på förebyggandet av sjuklighet och dödlighet utan bör även innefatta ett professionellt bemötande från barnmorskan. En nyfikenhet kring hur barnmorskestudenter, i ett låginkomstland som Rwanda, utbildas gällande professionellt bemötande skapade grunden för denna studie.

Bakgrund

Maternell hälsa ur ett globalt perspektiv

Barnmorskor tillsammans med sjuksköterskor är de professioner som förser flest människor med hälso- och sjukvård i världen (World Health Organisation (WHO), 2013). Hundratusentals kvinnor och nyfödda barn dör varje år i samband med graviditet och förlossning (The State of the World's Midwifery (SoWMy), 2014). De flesta dör på grund av komplikationer eller sjukdomar som anses hade kunnat förebyggas genom antenatal vård och närvaro av kunnig barnmorska under förlossning (WHO, 2016). I Afrika, söder om Sahara, lider kvinnor en 100 gånger högre risk att dö under graviditet eller förlossning jämfört med kvinnor i industrialiserade länder (SoWMy, 2014). Kvaliteten inom maternell och neonatal hälsovård rapporteras ofta otillräcklig i låginkomstländer och fokus riktas framförallt på möjligheten till god vård snarare än på kvalitetsförbättringar av vården (van den Broek & Graham, 2009).

Barnmorskans professionella bemötande

Begreppet bemötande beskriver hur personer interagerar med varandra. Begreppet är abstrakt och innebär flera dimensioner som bland annat kvalitet, människosyn, uppträdande, behandling, tonfall, information, att vara vänlig, hjälpsam och att visa respekt. Det finns inget distinkt ord för begreppet i det engelska språket vilket försvårar internationaliseringen. Bemötandet är något av det svåraste och viktigaste inom vården (Fossum, 2013). Att vara empatisk, lyhörd och att visa respekt i mötet med en annan människa innebär att vara bekräftande och att visa hänsyn (Blennberger, 2013). En engagerad vårdgivare kan skapa en känsla av tillit hos patienten och en samverkan mellan patienten och vårdgivaren kan då etableras (Holm, 2009). Att som vårdgivare tillfredsställa patientens behov och möta patienten med vänlighet bevarar patientens integritet (Berg, 2010).

Att vilja andra människor väl är orsaken till vårdandet (Berg, 2010). När bristande vård ges leder det till upplevt lidande, främst orsakat genom kränkning av värdighet, missbruk av makt och avsaknad av vård (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Varje patient är unik och all vård bör därför anpassas efter varje persons unika behov. Att vilja ge vård kan komma antingen från den naturliga och inbyggda välviljan hos människan eller från det professionella vårdandet som utförs på grund av ett yrke. Det professionella vårdandet grundas i en kompetens baserad på etik och vetenskap men även på det naturliga vårdandet (Berg, 2010). Som ett steg mot

professionalism förväntas kunskapen om etiska riktlinjer ingå i vårdutbildningen. Professionalism innefattar internationell psykologisk kunskap, professionell identitet och etiska värderingar (Holm, 2009).

Varje kvinna har rätt att bli behandlad med värdighet, respekt, frihet, integritet och sekretess. Alla kvinnor har rätt till jämlikhet och rättvis vård fri från dålig behandling och skada. Varje kvinnas val och önskan ska respekteras samt alla kvinnor har rätt till sjukvård och det högsta nåbara hälsotillståndet (White Ribbon Alliance, 2011). Enligt WHO:s standard för kvalitativ vård ska varje kvinna ha tillgång till minst en kunnig person under hela förlossningen. Kvinnan ska ha möjlighet att själv välja vem hon önskar medverka under förlossningen och hon har rätt att få emotionellt och individanpassat stöd för att stärka hennes förmåga att föda barn. Den fysiska omgivningen kring kvinnan och hennes familj ska vara utrustad för att kunna ge vård med god hygien och ge utrymme för privata behov. Varje kvinna och familj ska kunna få kontinuerlig information om vården som ges i interaktion med vårdpersonal (WHO, 2017).

Respektlös vård, antingen verbalt eller både fysiskt och verbalt, beskrivs i flertalet studier utförda i afrikanska länder (Okafor, Ugwu & Obi, 2014) (Kruk, Kujawski, Mbaruku, Ramsey, Moyo & Freedman, 2014) (McMahon, George, Chebet, Mosha, Mpembeni & Winch, 2014) (Kujawski, Freedman, Ramsey, Mbaruku, Mbuyita, Moyo & Kruk, 2017) (Moyer, Adongo, Aborigo, Hodgson & Engmann, 2013) (Rominski, Lori, Nakua, Dzomeku & Moyer, 2016). Diskriminering, nekande av kvinnans önskemål (Moyer et al., 2013), handlingar utan samtycke (Okar et al., 2014) och neglering är vanligt förekommande under förlossningar (Moyer et al., 2013) (McMahon, 2014). Trots förekomst av både verbala och fysiska kränkningar under barnafödandet beskriver kvinnor förlossningsupplevelsen som tillfredsställande (Moyer et al., 2013) (McMahon, 2014). Orsaker till varför respektlöst bemötande och vanvård inte motsägs av den födande kvinnan eller hennes partner är bland annat på grund av rädsla för att inte få fortsatt vård (McMahon, 2014). Freedman et al. (2014) beskriver respektlös vård och vanvård inom förlossningsvården med definitionen "disrespect and abuse in childbirth as interactions or facility conditions that local consensus deems to be humiliating or undignified, and those interactions or conditions that are experienced as or intended to be humiliating or undignified" (Freedman et al., 2014, s. 916).

En studie i Ghana visar att barnmorskestudenter beskriver att respektfull vård innebär att behandla patienter personcentrerat och att inte särskilja patienter utifrån ursprung, klass eller socioekonomisk status. Det ingår även att ge stöd samt att värna om patienten på ett respektfullt sätt. Barnmorskestudenterna beskriver även att respektlöst beteende i vissa fall rättfärdigas då det anses vara enda alternativet för att få kvinnan att krysta, vilket anses räddar livet på både kvinnan och barnet (Rominski, Lori, Nakua, Dzomeku & Moyer, 2016). En studie i Rwanda visar att bli bemött med respekt, få tillräckligt med information, ha förtroende för personalen, bli stöttad av personal under förlossningen och att få möjligheten till att ha sitt barn hud mot hud efter födelsen är faktorer som oberoende av varandra bidrar till en övergripande bra födelseupplevelse (Mukamurigo, Berg, Mtaganira, Nyirazinyoye & Dencker (2017). Samma studie visar också att de flesta kvinnor i Rwanda har en sammantaget positiv förlossningsupplevelse (Mukamurigo et al., 2017). En positiv upplevelse är av värde för kvinnan och barnets framtida välbefinnande samt för kvinnans relation till både barn och partner (Lundgren, 2010) (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015) (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston, 2012).

International Council of Midwives

För att förbättra kvaliteten av vård till kvinnor, barn och familjer runt om i världen genom utveckling, utbildning och rätt användning av professionella barnmorskor, finns ett internationellt barnmorskeförbund (International Council of Midwives, ICM). En kod med riktlinjer är skapad av ICM för att barnmorskor ska veta hur de ska eftersträva förbättrad kvalitet. Koden skapar etiska riktlinjer för att säkerställa att professionell vård ges (ICM, 2014b). Rwanda är ett av 34 afrikanska länder som är medlemmar i ICM (ICM, 2017). Den internationella etiska koden beskriver fyra huvudområden:

- Barnmorskans professionella relation som innefattar barnmorskans relation med andra barnmorskor, andra professioner inom vården samt relationen med kvinnor och deras familjer
- Barnmorskans ansvarsområde
- Barnmorskans professionella ansvar
- Utvecklingen av barnmorskans kunskap och yrke (ICM, 2014b).

Fakta om Rwanda

Rwanda är beläget i östra Centralafrika, söder om ekvatorn. Landet gränsar till Tanzania, Uganda, Kongo-Kinshasa och Burundi (Landguiden, 2016a). Med fler än 11 500 000 invånare, varav över en miljon är bosatta i huvudstaden Kigali (Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete (SIDA), 2016a), är Rwanda det mest tätbefolkade landet i Afrika (SIDA, 2016b). Befolkningen är ung med drygt 43 procent under 15 års ålder (National Institute of Statistics of Rwanda (NISR), 2016). Den förväntade livslängden i Rwanda är 66,1 år (WHO, 2016). Kinyarwanda är det huvudsakliga officiella språket, följt av engelska och franska (NISR, 2016). Två tredjedelar av befolkningen är kristna (Landguiden, 2015).

Invånarna består av en majoritet hutuer, en mindre del tutsier och en liten del av pygméfolket twa som anses vara ursprungsbefolkningen (Landguiden, 2016d). Under första världskriget koloniserades Rwanda av Belgien som införde att alla invånare skulle ha ett identifikationskort där etnisk tillhörighet var registrerat (Landguiden, 2016e), vilket bidrog till utrotningskriget mot tutsierna (Landguiden, 2016f). Under folkmordet och inbördeskriget 1994 dödades minst 800 000 personer varav en majoritet tutsier. Fattigdom och hård konkurrens om jordbruksmark antas ha varit bidragande orsaker till folkmordets omfattning (Landguiden, 2016d). Efter folkmordet blev det olagligt att dela in människor i olika folkgrupper och idag är det nästintill tabu att nämna att det förekommer olika etniska grupper (Landguiden, 2016d).

Sedan 1994 styrs landet formellt av samlingsregeringar mellan de två största folkgrupperna (Landguiden, 2017a). Politiken präglas fortfarande av folkmordet och har ett tydligt fokus på nationell enighet och utveckling (Utrikesdepartementet, 2015). Formellt är landet en politisk demokrati (SIDA, 2016b). Politiken är dock auktoritär och brister i öppenhet för ett folkligt inflytande (Utrikesdepartementet, 2015). I praktiken är landet ett enpartivälde där tidigare tutsigerillan, som vann inbördeskriget, styr landet. Sedan år 2000 är tidigare gerillaledare Paul Kagame landets president. Kagame har fått söka omval flera gånger och fick övervägande majoritet av rösterna i presidentvalet 2017 (Landguiden, 2017a). Pressfriheten i landet är limiterad och censur tillämpas med motivering att skydda invånarna från minnen av folkmordet (SIDA, 2016c). Den som kritiserar regeringens rådande dominans av tutsier riskerar hårt straff för "uttryck för folkmordsideologi" (Landguiden, 2017a). Korruptionen i landet är låg i förhållande till afrikanska mått (Utrikesdepartementet, 2015).

Landet präglas fortfarande av fattigdom vilket hindrar en önskvärd miljömässig hållbar utveckling (SIDA, 2016b). Dagens Rwanda präglas av ivern att bygga upp ett nytt land. Den ekonomiska och sociala utvecklingen har kommit långt (SIDA, 2016c). Andelen människor i fattigdom har reducerats från 57 procent år 2005/06 till 45 procent år 2010/11. Trots att Rwanda har en kraftig ekonomisk tillväxt, med en åttaprocentig ökning av landets ekonomi årligen, tillhör det fortfarande ett av världens fattigaste länder. Hög befolkningstäthet, ojämlik ekonomi, sårbart klimat, urbanisering och bristande infrastruktur är utmaningar för landet. Den rwandiska kvinnans inflytande ökar i samhället men gamla könsnormer förekommer fortfarande (Utrikesdepartementet, 2015). Rwanda är det land i världen där flest kvinnor representeras i parlamentet (United Nations Develop Programme (UNDP), 2014). Landets framtida mål har fokus på kunskapsutveckling (UNDP, 2014) och att vara ett medelinkomstland år 2020 (SIDA, 2016c).

Hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdssystemet i Rwanda är fortfarande påverkat av kollapsen efter folkmordet. Stora investeringar har gjort att 90 procent av befolkningen nu täcks av en grundläggande hälsoförsäkring (SIDA, 2016c). Att utbilda sjukvårdspersonal är tidskrävande och begränsas av sparsamma förhållanden. I Rwanda är det vanligt förekommande att vård utförs av personal med bristande kunskap och utbildning. Den största vårdgivande personalgruppen är sjuksköterskor utbildade på gymnasienivå. Sedan 2007 är den lägsta utbildningsnivån för sjuksköterskor en treårig universitetsutbildning med diplomexamen och det pågår sedan dess en uppgradering av de gymnasieutbildade sjuksköterskorna. År 2009 hade färre än tio procent av de arbetande sjuksköterskorna en diplomexamen och endast 20 stycken hade avslutad kandidatexamen (MOH, 2011). Enligt Rwandisk lag ingår det i den diplomerade sjuksköterskans jobb att utföra antenatalvård och att förlösa kvinnor utan riskfaktorer (MOH, 2015).

Maternell hälsa

De senaste cirka tio åren har det skett en kraftig reduktion av mödradödlighet och mortalitet bland barn under fem år i Rwanda (SIDA 2016c). Mödradödligheten var 2014/15 reducerad till 210 döda kvinnor per 100 000 levande födölar (NISR, 2016). Enligt globala målen är strävan att mödradödligheten år 2030 ska vara mindre än 70 per 100 000 födölingar med levande födda barn (UNDP, 2015b). Endast 51 procent av alla födölar uppskattas registreras i Rwanda (NISR, 2016). Drygt 48 procent av de födöande kvinnorna i Rwanda får assistans av kvalificerad personal under födölossning (Logie, Rowson, Ndagije, 2008). Barnmorska är ett av de två största bristyrkena inom vården och en del sjukhus har ingen utbildad barnmorska att tillgå (MOH, 2011). Bristen anses vara den huvudsakliga anledningen till mödradödligheten (Logie et al., 2008). År 2004 fanns endast en barnmorska på 29 000 kvinnor i reproduktiv ålder i Rwanda, målet är 1:500 (University of Rwanda, 2013). Låga löner ses som en risk som kan påverka vårdpersonalens motivation negativt och som kan leda till att riktlinjer nonchaleras, att farliga metoder används samt att negativa attityder gentemot patienter skapas. Genom en prestationsbaserad lön önskar regeringen i Rwanda kunna motivera samt bevara personalen (Logie et al., 2008).

Utbildning och skolsystem

Rwanda ligger långt över genomsnittet, i jämförelse med andra afrikanska länder i söder, gällande andelen barn som deltar i den officiellt obligatoriska och avgiftsfria sexåriga grundskolan. Ungefär 97 procent av barnen börjar grundskolan, varav cirka 70 procent

fullföljer alla sex åren (Landguiden, 2016c). Därefter fortsätter en tredjedel tre år på “lower secondary school” som sedan erbjuder ytterligare tre år på “upper secondary school” (gymnasiet) (NISR, Ministry of Health (MOH) & Inner City Fund (ICF) International, 2015). Rwanda arbetar aktivt med att återuppbygga skolsystemet och strävar efter att alla barn ska börja skolan. Brist på material samt klasser med genomsnitt 62 elever i grundskolan bidrar med utmaningar (Landguiden, 2016c). Endast en procent av den kvinnliga befolkningen och två procent av den manliga hade 2010 en utbildning högre än gymnasienivå (NISR, MOH & ICF International, 2015). År 2008 beslutades att all utbildning i landet skulle bedrivas på engelska, vilket innebar en utmanande omställning då lärarna behövde genomgå intensiva språkkurser (Landguiden, 2016c). Analfabetismen i landet har sjunkit kraftigt de senaste åren. Cirka 20 procent av kvinnorna kan inte läsa eller skriva, motsvarande en något lägre siffra bland männen (NISR, 2016).

Barnmorskeutbildning

I början av 1940-talet utformade och implementerade missionärer i Rwanda både den första barnmorske- och sjuksköterskeutbildningen i landet (Mukamana, Uwiyeze & Sliney, 2015). Den akademiska barnmorskeutbildningen som leder till ett diplom började 1997 (ICM, 2014a). University of Rwanda är idag den enda skolan i landet som utbildar barnmorskor. Utbildningen pågår under tre år och leder till en diplomexamen som registrerad barnmorska. Därefter finns sedan 2013 möjlighet till två års vidareutbildning som leder till akademisk kandidatexamen. Inträdeskravet är att först arbeta två år som barnmorska (muntlig kommunikation R. Nsengiyumva, 22 nov. 2017). Den treåriga barnmorskeutbildningen är uppdelad i sex terminer och varje termin innefattar 60 poäng. Ett poäng innebär tio lärandetimmar. Varje termin avslutas med praktik (University of Rwanda, 2013). Alla studenter skall förlösa 100 kvinnor under utbildningen (muntlig kommunikation R. Nsengiyumva, 22 nov. 2017). Förlossningspraktiken inom barnmorskeutbildningen bedrivs bland annat på Muhima Hospital i Kigali. Vid detta sjukhus sker i genomsnitt 630 förlossningar per månad (muntlig kommunikation A. Muhayimana, 8 dec. 2017).

Problemformulering

Det tillhör de grundläggande mänskliga rättigheterna att bli bemött med respekt under förlossning. Det finns studier som visar att kvinnor i låginkomstländer haft en positiv förlossningsupplevelse, trots att de erhållit respektlös vård. Bemötandet är något av det svåraste och viktigaste inom vården. Under förlossningen innebär vårdandet att stödja och att stärka och det innefattar aldrig användande av våld, makt eller straff. För att bli en professionell vårdare förväntas kunskap om etiska riktlinjer ingå i utbildningen för vårdpersonal. Ingen tidigare undersökning är gjord på hur barnmorskestudenter i Rwanda förbereds och upplever professionellt bemötande.

Syfte

Beskriva hur barnmorskestudenter i Rwanda förbereds och upplever professionellt bemötande i förlossningsvården.

Metod

För att besvara syftet med studien valdes en kvalitativ metod med induktiv ansats som design för studien. Data samlades in dels från dokument tillhörande barnmorskeutbildningen i Rwanda, dels från intervjuer med två grupper studenter och en grupp lärare. Vid intervjuer i grupp kan gruppodynamiken skapa fördelar genom att öppna upp för diskussion som kan leda till värdefulla data (Polit & Beck, 2012).

Förförståelse

Som studerande på barnmorskeprogrammet innehar författarna till studien en viss förförståelse av ämnet för studien. Varje möte påverkas av fördomar och för att individens förförståelse inte ska forma bemötandet bör fördomarna bortses från (Blennberger, 2013). En förförståelse kan både begränsa och underlätta en förståelse av något. Förförståelsen kan skapas ur egna känslor som barnmorskestudenter eller utifrån att ämnet återkommer under barnmorskeutbildningen. Om förförståelsen ignoreras under analysen av data riskerar resultatet att endast spegla tidigare erfarenheter eller omedvetna övertygelser (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Med vetskap om förförståelsens inflytande har en dialog pågått under analysprocessen för att information som inte stämde överens med författarnas förförståelse inte skulle förbises.

Urval och datainsamling

Genom kontakter från Göteborgs universitet skapades en relation med ansvariga lärare på barnmorskeprogrammet i Rwanda via mejl. Lärarna erhöll initialt skriftlig information (Bilaga 1) om studien och studien påbörjades efter samtycke. Ett lämplighetsurval genomfördes utifrån inklusionskriterier. Studenter och lärare på School of Nursing and Midwifery, College of Medicine and Health Sciences, University in Rwanda inkluderades i intervjuer. Studenterna var uppvuxna i Rwanda, hade studerat minst två år på barnmorskeprogrammet samt kunde kommunicera på engelska. Lärarna var undervisande inom barnmorskeprogrammet samt engelsktalande. Läroplanen för barnmorskeutbildningen och kursplanen för *fundamental of midwifery* inkluderades i studien som dokument att granska. Dokumenten erhöles av lärare på barnmorskeutbildningen.

Tre intervjuer genomfördes på två olika campus där barnmorskeutbildningen bedrevs. En gruppintervju med två lärare på Kigali campus, varav en man och en kvinna. En gruppintervju med fem studenter på Kigali campus, varav två män och tre kvinnor med åldersspannet 25–40. En gruppintervju med fem studenter på Huye campus, varav tre män och två kvinnor med åldersspannet 22–23. Både lärare och studenter i Kigali rekryterades av lärare medan studenterna i Huye rekryterades av studenter inom barnmorskeutbildningen.

Inför första intervjun läste en Rwandisk person med universitetsutbildning igenom de förberedda frågorna och några små justeringar gjordes för att underlätta förståelsen för en person med Kinyarwanda som modersmål. Justeringar av frågor genomfördes även efter första intervjun för att öka chansen till diskussion med värdefulla data.

Inledningsvis presenterades studien med en Powerpoint. Studentintervjuerna fortsatte därefter med två öppningsfrågor som deltagarna fick diskutera och anteckna i grupper om två till tre personer. För att underlätta diskussion kan intervjuer som Halkier skriver (2010) inledas med öppningsfrågor vilka bör vara öppna och utvidgande. En av frågorna var *what does good labour support mean to you*. Samma fråga ställdes muntligen som en inledning till lärarna.

Vidare guidades diskussionen av en intervjuare och en medhjälpare som var förberedda med frågor och ämnen likt en semistrukturerad intervju (Polit & Beck, 2012). Liknande frågor ställdes till studenter och lärare. Medhjälparen gjorde notiser och kommunikerade även enstaka tankar i skrift som intervjuaren utvecklade till följdfrågor under diskussionen. Varje intervju tog cirka en timme inklusive presentation. Som Kvale & Brinkmann (2014) rekommenderar informerades deltagarna om att det inte fanns varken rätta eller felaktiga svar på intervjufrågorna. För att de mindre pratsamma deltagarna skulle medverka mer aktivt i diskussionen uppmuntrades dem av intervjuaren genom nickningar och ögonkontakt som Halkier (2010) rekommenderar.

Samtliga intervjuer genomfördes i avslutna rum på campusen. Intervjuerna spelades in och transkriberades med hjälp av programmet "Otranscribe". Som Polit & Beck (2012) skriver lyssnades all inspelad data på i direkt anslutning till intervjuerna då det gav möjlighet till att upptäcka problem som uppstått under inspelningen. Det ger även möjlighet till att åter kontakta informanterna med uppföljningsfrågor (Polit & Beck, 2012), vilket gjordes med en grupp av studenter.

Dataanalys

Då syftet med studien var att få en sammanställd och bred förklaring av ett fenomen valdes innehållsanalys som analysmetod. Data analyserades utifrån Elo & Kyngäs (2008) kvalitativa innehållsanalys med en induktiv ansats. Enligt Elo & Kyngäs (2008) är metoden lämplig att använda vid analys av både verbal och skriftlig kommunikation samt vid analys av dokument. Induktiv ansats användes då studien inte utgick från någon specifik teori eller hypotes och data analyserades därmed villkorslöst. Analysen gjordes på vad som kallas för det "manifesta innehållet", vilket enligt Elo & Kyngäs (2008) utesluter tolkning av icke verbal kommunikation.

Initialt valdes delar som skulle analyseras vilket innefattade tre intervjuer samt skriven text från läroplan och kursplan. Intervjuerna lyssnades igenom både enskilt och tillsammans. Intervjuerna transkriberades ordagrant. Enligt Elo & Kyngäs (2008) skapar upprepad läsning av transkriberade data en förståelse för helheten och dess innebörd och därför lästes texten igenom flertalet gånger. Meningsenheter som svarade på syftet översattes till svenska och flyttades över till ett annat dokument för vidare analys. Som Elo & Kyngäs (2008) skriver bör inte en meningsenhet vara för stor då den kan innehålla flera innebörder och inte heller vara för liten då det kan riskera att splittra enheten och därmed resultatet. Notat lades till texten för att beskriva innebörden av den transkriberade skriften. Beskrivande delar av de meningsbärande enheterna skapade koder. Koder med liknande innehåll sammanställdes och bildade underkategorier. Liknande underkategorier skapade därefter kategorier. Analysprocessen pågick så länge det var möjligt för att som Elo & Kyngäs (2008) beskriver åstadkomma en hög abstraktionsnivå.

Tabell 1. Flödesschema med exempel från analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Reduce fear by explaining what is going to happening and teach how to cope	Reducera rädsla genom att ge information och hanteringsstrategier	Reducera rädsla genom information	Identifiera och bekräfta kvinnans psykosociala behov	Främja kvinnans trygghet under förlossningsprocessen
Because in school we study all relevants, the updates, how to care the mother as well as possible but due to the poor facilities involving materials, the weak conditions of the health care station it become a complication for us, in healthcare facilities there is not enough so to carry out what you have studied in a normal way it become a complication for us, but we are still dealing with that	Bristen på material och de dåliga förhållandena som råder skapar hinder i att utöva vård enligt den kunskap de fått i skolan	Materialbrist och dåliga förhållanden skapar hinder i vården	Brist på faciliteter	Hinder att utöva kunskapen i praktiken

Etiska överväganden

Inför studien gjordes en analys över riskerna med studien. Nyttan ansågs överväga riskerna. Att forska är endast acceptabelt om det inte stör mänskliga rättigheter, värdighet och frihet (CODEX, 2017). Enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460) behöver inte empiriska studier som genomförs på avancerad universitetsnivå etikprövas då de inte räknas som forskning. Lagen beskriver de etiska aspekterna kring hur deltagarna ska behandlas med respekt, anonymitet och konfidentialitet (SFS 2003:460). Vid undersökningar i låginkomstländer rekommenderas tillämpning av ytterligare etiska riktlinjer som att delge samhället och deltagarna resultatet av undersökningen (Emanuel, Wendler, Killen & Grady, 2004). Risken att ett samhälle eller att individer utnyttjas i samband med forskning är högre i ett låginkomstland jämfört med forskning i ett höginkomstland där samhället är vant vid forskningsprojekt (Emanuel et al., 2004).

Den som genomför intervjuer har ett ansvar för de personer som deltar. Ansvaret omfattar både informationen om deltagarna samt deras välbefinnande (CODEX, 2017). Studiens genomförande på universitetet godkändes muntligen av rektorn på barnmorskeprogrammet samt skriftligen av ställföreträdande dekan på universitetet. Ett informerat samtyckesformulär skickades till läraren som ansvarade för rekryteringen i Kigali några dagar innan intervjun. Läraren ombads vidarebefordra formuläret till informanterna. Alla utvalda deltagare informerades både muntligen och skriftligen om studien i anslutning till intervjuerna. Informanterna fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst under studiens gång kunde välja att avbryta sin medverkan. Inga personuppgifter är redovisade i resultatet vilket förhindrar att data kan kopplas till enskilda personer. Allt material har behandlats konfidentiellt och transkriberingsmaterial slängdes då analysen var klar.

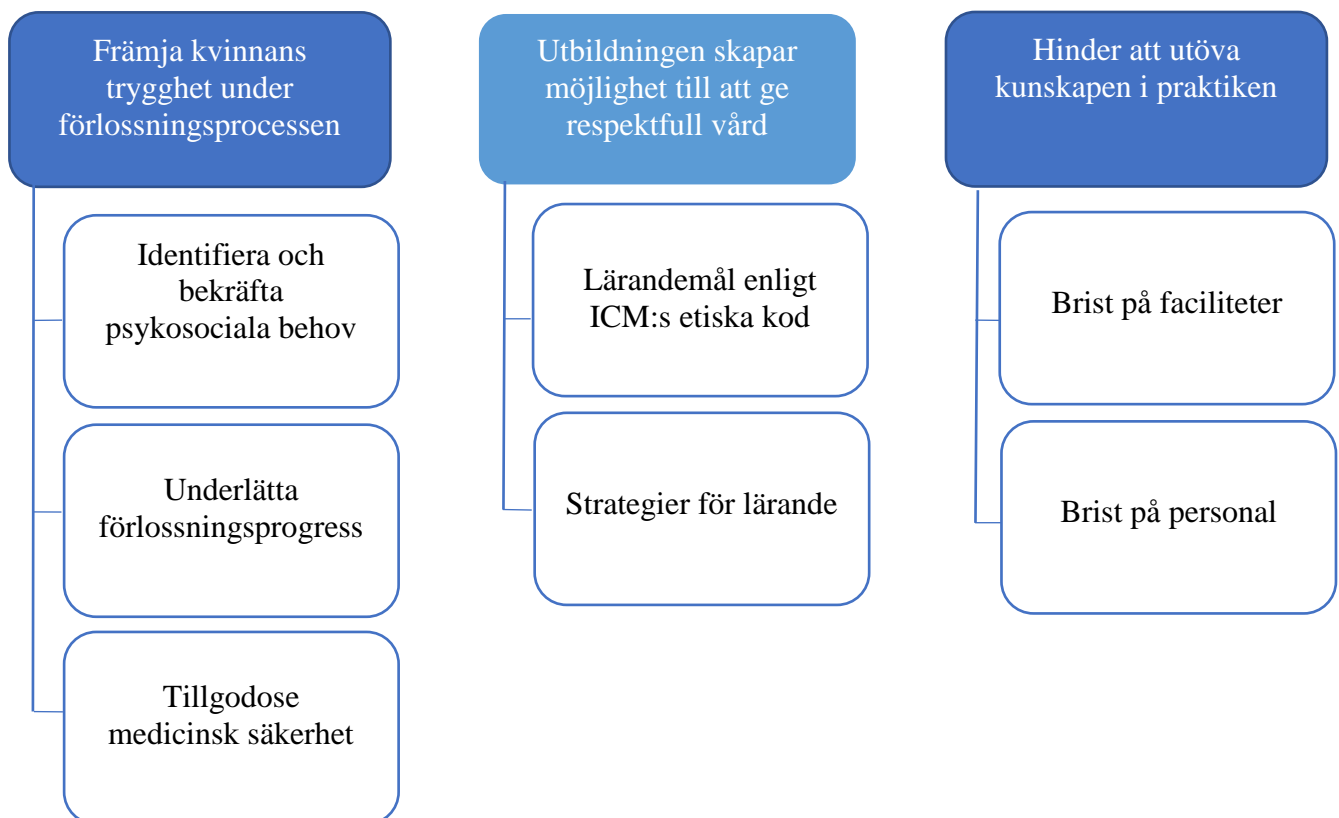
Under gruppintervjuerna fick studenterna möjlighet till att diskutera och reflektera över kunskaper och erfarenheter med varandra, vilket gav utrymme till personlig utveckling för studenterna. Maktobalansen som Kvale & Brinkmann (2014) nämner råder vid en intervju kan tänkas ha ökat eftersom intervjuaren och medhjälparen kom från ett höginkomstland medan informanterna bodde i ett låginkomstland. Risk fanns därmed också att deltagarna upplevde sig förhörda eller granskade under intervjun.

Trots att det vanligtvis förekommer språkförbristningar vid intervjuer på ett annat språk, visar inte forskningens kvalitet ha försämrats. Språkbarriärer bör därför inte utgöra ett hinder för sjukvårdspersonal att genom kulturella utbyten, utveckla och förbättra vården. Forskning inom hälso-och sjukvård i andra länder kan bidra till djupare förståelse för olika kulturer (Squires, 2008). Enligt Emanuel et al., (2004) har låginkomstländer en större möjlighet till att dra nytta från resultat av undersökningar. University of Rwanda kommer delges resultatet vilket möjliggör en reflektion av studenternas upplevelse kring professionellt bemötande. Det kan tänkas leda till en utveckling på universitetet som kan leda till en förbättring inom förlossningsvården i Rwanda.

Resultat

Under analysen av materialet framkom tre kategorier vilka var *Främja kvinnans trygghet under förlossningsprocessen*, *Utbildningen skapar möjlighet till att ge respektfull vård* och *Hinder att utöva kunskapen i praktiken*. Två av kategorierna framkom ur analys från endast intervjuer med studenter. Dessa var *Främja kvinnans trygghet under förlossningsprocessen* och *Hinder att utöva kunskapen i praktiken*. En kategori, *Utbildningen skapar möjlighet till att ge respektfull vård*, framkom ur analys från intervjuer med studenter och lärare samt ur analys av dokument. Data från intervjuer med lärare och studenter tillsammans med data från dokument skapade underkategorin *Lärandemål enligt ICM:s etiska kod*. Underkategorin *Strategier för lärande* skapades ur intervjumaterial från lärare och studenter. Kategorier och underkategorier presenteras i tabell 2.

Tabell 2.



Främja kvinnans trygghet under förlossningsprocessen

Enligt studenternas utsagor skulle den professionella barnmorskan på olika sätt arbeta för att främja en känsla av trygghet hos kvinnan under förlossningen. Ur analysen av materialet framkom tre underkategorier vilka var *Identifiera och bekräfta psykosociala behov*, *Underlätta förlossningsprogress* och *Tillämpa medicinsk säkerhet*.

Identifiera och bekräfta psykosociala behov

Barnmorskan ansvarade för att skapa en relation till patienten då det lade grunden för en god tillit till barnmorskan. Relationen skulle etableras vid första mötet och det var viktigt att kvinnan blev introducerad för barnmorskan. Det var betydelsefullt att kvinnan fick förståelse för barnmorskans arbete för att skapa en trygghet hos kvinnan.

You tell the names I'm so and so and qualified midwife. and you show the badge. Here some don't know who is a midwife. They know nurses. So, you can even ask some questions, do you know a midwife? Maybe she says, no I don't. So, then you clarify yourself. I'm a trained midwife. I'm concerned in this and in this... I learned how to deliveries, I learned how to monitor mothers when labour, so they are from there, she feels she's with a right person. So she will be comfortable
(Student)

Information och att ge råd till kvinnan under hela förlossningsprocessen var betydelsefulla uppgifter för barnmorskan. Informationen reducerade rädsla samt hjälpte kvinnan att hantera smärtan och de fysiologiska förändringarna. Även att vara i kvinnans närhet var viktigt för att ge möjlighet till kvinnan att ställa frågor samt för att reducera rädsla.

When the time there is a midwife who is near by the woman for further support so that the mother cannot be afraid for what is happening, she can ask the question she has, how to behave, for example if a good contraction comes, how to breath, and for example when the membrane is ruptured she can feel afraid, so the care must be given all the time from the first stage of labour to the rest
(Student)

Barnmorskans sätt att vara ansågs vara en betydelsefull del i det professionella bemötandet. Alla var överens om att barnmorskan skulle vara positiv, vänlig, snäll och empatisk. Barnmorskan skulle ha förmågan att prata lugnt och visa att hon värnade om patienten. Ett sätt att göra kvinnan mer bekväm var att erbjuda mat och dryck, vilket också gav henne energi. Det var viktigt att se till kvinnans unika behov och önskemål. Den professionella barnmorskan skulle bejaka kvinnans rättigheter och vården skulle utövas med respekt för kvinnans integritet. En betydelsefull del i den respektfulla vården var att inte exponera kvinnan för andra.

The midwife must be approachable, communicative, even, she must put her in the place of the mother.... empathy. And respecting the rights about the privacy. When you are a woman in delivery room, respect they have privacy
(Student)

För att lindra smärtan kunde kvinnan få massage eller smärtavledande beröring. Den smärtavledande beröringen kunde innebära att nypa kvinnan på handen. Som medicinsk smärtlindring kunde barnmorskan ge Ibuprofen. Vissa kliniker hade även andra smärtstillande läkemedel som Petidin.

...there is the method that the midwives used by rubbing the back of the woman that method can reduce the pain

(Student)

Underlätta förlossningsprogress

Studenterna beskrev att en del av den professionella barnmorskans roll i mötet med kvinnan på förlossningen var att underlätta förlossningsförloppet. För att åstadkomma det kunde barnmorskan uppmuntra kvinnan till positionsförändring och mobilisering. Att uppmuntra kvinnan till rörelse ansågs vara hjälp till självhjälp. Det var barnmorskans uppgift att guida kvinnan till att hitta en bekväm position under förlossningen. En del studenter ansåg att huksittande var den mest effektiva positionen i utdrivningsfasen och att barnmorskan skulle se till att kvinnan applicerade den om problem i krystningsfasen uppstod.

...encourage ambulation to facilitate labor progress

(Student)

Tillgodose medicinsk säkerhet

Det var viktigt att observera kvinnan under hela förlossningsprocessen för att kunna upptäcka och förhindra komplikationer som kunde leda till maternell och neonatal död. Observationen kunde innebära exempelvis monitorering med kardiokografi (CTG). Den professionella barnmorskan skulle ha rätt kunskap och förmåga att effektivt kunna handlägga akuta fall och administrera nödvändiga läkemedel.

...all the care must be given all the time so that the result will be the healthy baby and the mother will be health without any complication

(Student)

Utbildningen skapar möjlighet till att ge respektfull vård

Universitetsutbildningen förberedde studenterna väl inför att möta patienter på ett professionellt sätt. Läroplan och kursplan tillsammans med data från intervjuer med lärare och studenter skapade underkategorin *Lärandemål enligt ICM:s etiska kod*. Intervjumaterial från lärare och studenter skapade underkategorin *Strategier för lärande*.

Lärandemål enligt ICM:s etiska kod

I barnmorskeutbildningens läroplan ingår kursen *Fundamental of midwifery* som ger kunskap om det professionella vårdandet och vad barnmorskans skyldigheter och ansvar är i enlighet med barnmorskans internationella etiska kod. Kursen utbildar studenter i förhållningssätt och tillvägagångssätt för att kunna ge respektfull vård med bejakning av patienters rättigheter och integritet.

Kursen innehåller utbildning om individanpassad, säker och kvalitativ vård med reflektion kring etiska dilemman. Även kunskap om att utöva ett professionellt förhållningssätt för att kunna skapa professionella relationer med patienter och kollegor ingår.

Purpose of the Module/ Module description

This course units are designed to equip the student with the knowledge and skills in the midwifery code of professional conduct and theories, professional virtues, rights and responsibilities of client, ethical dilemmas, application of nursing/midwifery process and documentation to enable him/her to provide safe, comprehensive, quality of client centred care

(Läroplan)

Studenterna beskrev att de förbereddes för att kunna ge kvinnan god vård och de uttryckte att utbildningen om etik var grundläggande. Barnmorskan var den person som skulle företräda kvinnan i olika situationer.

We start by principals of midwifery, obligations, the responsibilities, ethical rules of midwife. Ethical principles like professional's secrets. Having confidentiality for the client. Having empathy for the client. Having the trust, being honest. Having the quality of being an advocator for the client for everything that happens

(Student)

Strategier för lärandet

Undervisningen skedde genom teoretiska lektioner, praktisk övning på kliniskt träningscenter samt praktik på förlossningsavdelningar. Det bästa sättet att få kunskap om beteende gentemot den födande kvinnan var genom att först få teoretisk kunskap som sedan praktiskt övades i skolan för att därefter applicera på praktiken. Det var när studenterna applicerade de teoretiska kunskaperna under praktiken som de upplevde att de på bästa sätt lärde om hur de skulle ge stöd till kvinnan. Först observerade studenterna handledarens handläggning innan de själva utövade momentet med stöd av handledaren.

When you want to have a good information about how to behave in front of a mother during labour the best way is to, first of all to get the theoretical views, and after studying the theory, the importance of practise. As we go in the skills lab, with the mannequins to perform that procedure we started in the theory you combine them, and you go to the real practice and after that you will be experienced for performing a good way procedure for the client

(Student)

På det kliniska träningscentret visades filmer och studenterna utövade rollspel både med varandra och med hjälp av dockor. De tränade bland annat på andningstekniker, hur de skulle välkomna och prata till kvinnan samt hur de kunde massera henne.

Både inför och efter praktiken fick studenterna möjlighet att diskutera och reflektera över upplevelser från praktiken. Kunskaperna från praktiken examinerades genom gruppdiskussioner, muntliga presentationer inför klassen samt skriftliga grupparbeten. Om studenten önskade fortsätta sin praktik under skollovet fanns det möjlighet att göra det med hjälp av ett intyg från universitetet.

Förutom att ge klassledda lektioner hade lärarna på universitetet även som uppdrag att vara huvudhandledare för studenterna på praktiken. Det innebar att studenterna även hade andra handledare men att lärarna var de främsta examinatorerna. Lärarna kunde då säkerställa att studenterna fick rätt kunskap samt att uppgifterna på praktiken överensstämde med studentens teoretiska kunskapsnivå. Det gav även läraren möjligheten att följa upp studentens kunskapsutveckling.

I know the objectives, I know the teaching, the practice is linked to the theories. Because I was there in the theory I know what I told them. I know what I intended to achieve in the end of the module, the end of the uni. So, when I follow them to the clinical practice, so I know they covered this and they didn't cover this. So, I know now I want to make them achieve this regarding to what I taught in class. I'm the right person to teach them but when I assign someone else -he or she doesn't know what I told them
(Lärare)

Hinder att utöva kunskapen i praktiken

Studenterna upplevde hinder och svårigheter med att utöva den vård de blivit lärda att ge. Det skulle bli svårt att applicera den kunskap de fick i skolan som blivande barnmorskor på grund av de rådande förhållandena de upplevt på praktiken. Studenterna beskrev landet som fattigt och att bristerna påverkade kvaliteten på vården även om förlossningsvården kontinuerligt förbättrades. Från intervjuer med studenter framkom under analysen av materialet underkategorierna *Brist på faciliteter* och *Brist på personal*.

You are trained to do certain thing and it fail to do it
(Student)

Brist på faciliteter

Brist på tillgångar som lokaler och sjukhussängar beskrevs som hinder för att kunna värna om patientens integritet. Bristen på sängar innebar att kvinnor kunde vara tvungna att dela säng vilket också försvårade möjligheten för barnmorskan att kunna övervaka dem. För att barnmorskan skulle värna om alla inlagda kvinnors integritet var det oftast inte möjligt att bjuda in mannen till förlossningsavdelningen.

...due to the poor facilities involving materials, the weak conditions of the health care station it become a complication for us, in healthcare facilities there is not enough so to carry out what you have studied in a normal way it become a complication for us
(Student)

You may find more than two mothers on one bed in that waiting room. It became a difficulty for midwives for monitoring that mother, so some of them, midwives deliver them in that room, because the delivery room is normally full of mothers because of high number of them
(Student)

Brist på personal

Studenterna upplevde att det var en brist på barnmorskor på praktiken vilket innebar svårigheter i att bedriva vård av den kvalitet de blivit upplärda att utöva. Personalbristen innebar att barnmorskor behövde vårda fler kvinnor samtidigt vilket skapade sämre förutsättningar för att upprätthålla de hygieniska riktlinjerna.

After delivering the baby, she then later continues that one also, remove the gloves quickly, there is a low infection control, so puts other gloves quickly goes to her mother, who also delivers
(Student)

Bristen på personal påverkade också möjligheten att kunna handlägga medicinska komplikationer korrekt samt bemöta patienten på ett tålmodigt och respektfullt sätt. Det kunde uppstå situationer när barnmorskan utövade ett respektlöst beteende gentemot patienten då det var stressigt på grund av hög arbetsbelastning.

He's exhausted with work and this one is calling... this one is Calling. Maybe at one time you can bark at the mother. That is...yeah, Barking. please don't disturb me you see here I'm doing this and this...because he is exhausted can he change the way of talking.... you end up by talking rudely when you shouldn't
(Student)

Diskussion

Metoddiskussion

Som Kvale & Brinkman (2014) beskriver kan gruppintervjuer ge rikare beskrivningar av fenomen. För att gynna möjligheterna till diskussion fanns en strävan om att varje grupp skulle bestå av minst fem personer som Polit & Beck (2012) rekommenderar. Varje studentgrupp bestod av fem personer vilket gav möjlighet till en bred uppfattning om ämnet (Polit & Beck, 2012). Lärargruppen bestod endast av två personer vilket missgynnade diskussion (Polit & Beck, 2012). Överförbarhet i forskning beskriver hur resultatet går att applicera på flera personer och situationer och grundas därför i hur urvalet väljs ut (Kvale & Brinkmann, 2014). Då deltagarna var av både manligt och kvinnligt kön med ett brett åldersspann, gavs möjlighet till en bredare uppfattning om ämnet och en ökad chans till att kunna applicera resultatet på flera personer.

Människor från olika länder och kulturer kan tänkas ha skilda uppfattningar och det var därför relevant att endast inkludera personer som var uppvuxna i Rwanda i studien. Studenterna i Kigali tillfrågades av en lärare på barnmorskeprogrammet, vilket innebar en risk för selektion av urvalsgrupp. Den rekryterande läraren var också en av deltagarna i lärarintervjun och den person som bjöd in övriga lärare att medverka. I Høye var det en grupp studenter som rekryterade informanterna och risken för selektion av urvalsgrupp bedömdes därför vara liten.

Lärare och studenter ingick inte i samma intervjugrupper då det ofta är enklare för personer med liknande bakgrund att dela uppfattningar med varandra (Polit & Beck, 2012). Studenterna i Kigali studerade till kandidat och hade arbetat två år som barnmorskor, vilket innebar att de hade mer erfarenhet om ämnet än studenterna i Høye som studerade diplomutbildningen.

Validitet inom kvalitativa studier beskriver kvaliteten genom forskningsprocessens samtliga delar. För att uppnå validitet gjordes reflektioner kring förförståelse och eventuell påverkan på materialet på grund av de tolkningar som gjordes (Kvale & Brinkmann, 2014). En medvetenhet om att förförståelsen kan minska öppenhet för ämnet har också präglat studieprocessen (Dahlberg et al., 2008). Validitet innefattar hur trovärdigt och verklighetsnära forskaren lyckats presentera deltagarnas uppfattning samt hur väl materialet representerar det mångtydiga. Då materialet genomlyssnades flera gånger av två personer och innebörden diskuterades, minskade risken för att innehållet i resultatet misstolkades (Kvale & Brinkmann, 2014). Undersökningen blir mer trovärdig eftersom tolkningen av analysen innefattade ett ämne som författarna är insatta i. Validiteten stärks då forskningsprocessens samtliga delar beskrivs noggrant och då relationen mellan originaldata och resultat beskrivs genom att använda autentiska citat. För att öka trovärdigheten bifogas en tabell med exempel på hur delar av materialet kodats och kategoriserats (Kvale & Brinkmann, 2014).

Som Squires (2008) uttrycker är det en komplex utmaning att uppnå begriplig likvärdighet mellan två olika språk. Eftersom Kinyarwanda var det huvudsakliga officiella språket för informanterna (NISR, 2016) och svenska var intervjuarens modersmål fanns anledning till att fundera på om tillförlitligheten påverkades av språkförbristningar. Sedan 2008 är engelska det akademiska språket i Rwanda (Landguiden, 2016c) vilket betyder att studenterna var vana vid att diskutera skolrelaterade frågor på engelska. För att undvika tvärkulturella missförstånd som kan uppstå med gester analyserades endast det manifesta innehållet (Kvale & Brinkmann, 2014). Som Fossum (2013) skriver finns svårigheter med internationalisering av begreppet bemötande. Under intervjun användes bland annat ord som "treatment", "relationship", "approach" och "how to behave" vilket fick informanterna att diskutera önskat ämnesområde. Under studentintervjuerna uppstod enstaka tillfällen då informanterna inte förstod frågan. Vid dessa tillfällen förklarade en medstudent innebörden med andra ord och på så sätt förstod medstudenten frågan korrekt. All inspelad data lyssnades på i anslutning till intervjuerna då det möjliggjorde förtydliganden från informanterna (Polit & Beck, 2012), vilket behövdes för tre utsagor.

Vid kvalitativa forskningsintervjuer råder alltid en maktobalans mellan intervjuaren och informanten (Kvale & Brinkmann, 2014), vilket intervjuaren var medveten om. Det fanns en risk att maktasymmetrin påverkade informantens svar utifrån vad informanten trodde att intervjuaren ville höra (Kvale & Brinkmann, 2014). För att reducera maktobalansen introducerades intervjuaren och medhjälparen med betoning på att de också var barnmorskestudenter. Enligt Polit & Beck (2012) ska intervjuer genomföras på en neutral plats för att undvika förväntade beteenden. Eftersom intervjuerna genomfördes i lokaler på universitetet fanns en risk för att informanterna uttryckte det de förväntades säga.

En forskare bär ett ansvar för personerna som medverkar i studien. Både vad gäller informationen som samlas in om deltagarna och deras välbefinnande. Forskning är endast godtagbar då det inte strider mot mänskliga rättigheter, frihet och värdighet (CODEX, 2017). Samtliga deltagare informerades om studien och dess tillvägagångssätt och att deltagandet var frivilligt. De fick information om att de när som helst kunde avbryta deltagandet och att resultatet inte skulle kunna identifieras till enskilda individer. Risken för att deltagarna kände sig utlämnade ansågs vara liten då intervjuerna genomfördes på olika campus och inga personuppgifter eller information om campus går att koppla till enskilda delar i resultatet. För att visa omtanke för deltagarnas välbefinnande uppmuntrades de dela funderingar och känslor efter intervjun. Deltagarna fick även möjlighet att ställa frågor efter intervjun för att gynna det

kulturella utbytet. Med mål om att tillämpa etisk korrekt handläggning kommer University of Rwanda ta del av resultatet som Emanuel et al. (2004) rekommenderar vid undersökningar i utvecklingsländer. Före intervjuerna fick deltagarna information om att resultatet skulle delges universitetet, vilket kan ha påverkat ärligheten i deltagarnas svar. Risk att deltagarna upplevde att de blev förhörda eller granskade under intervjun fanns då de levde i ett utvecklingsland medan intervjuaren och medhjälparen kom från ett industriland. För att minska känslan av en förhörssituation satt intervjuaren, medhjälparen och informanterna i en cirkel under intervjuerna i Kigali, vilket inte var möjligt i Høye på grund av möblemanget.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom att kärnan i det professionella bemötandet under förlossningsprocessen innefattar att främja kvinnans trygghet. Det framkom även att Universitetet i Rwanda har en utbildning som förbereder studenter i att utöva ett professionellt bemötande. Det föreligger dock hinder att kunna utöva kunskapen från utbildningen i praktiken.

Det professionella bemötandet innebar delvis att barnmorskan skulle främja kvinnans trygghet genom att tillgodose hennes psykosociala behov. Karlström et al. (2015) och Hodnett et al. (2012) menar att det är betydelsefullt att barnmorskan visar engagemang när målet är att frambringe trygghet. Enligt WHO:s standard för god och kvalitativ vård (2017) har varje kvinna rätt till trygghet under förlossning. Känslan av trygghet uppnåddes bland annat genom att skapa en relation med den födande kvinnan, vilket Berg & Lundgren (2010) beskriver är avgörande för att kunna stödja och stärka under förlossning. Att erhålla stöd som stärker kvinnan under förlossning ingår i WHO:s (2017) beskrivning om vad som är god och kvalitativ vård, vilket Berg & Lundgren (2010) även menar är själva vårdandet under barnafödandet. Relationen var barnmorskans ansvar att skapa för att tillit skulle kunna etableras. Bejakandet av kvinnans integritet var ett annat sätt att främja trygghet. En tidigare studie gjord i Rwanda visar att 68 procent av de födande kvinnorna skyls med draperi och endast 53 procent förses med privatrum under förlossning (Rosen, Lynam, Carr, Reis, Ricca, Bazant & Bartlett, 2015), vilket motsäger studenternas uppfattning om hur ett respektfullt bemötande ska utövas. Berg (2010) menar att patientens integritet bevaras om patientens behov tillfredsställs samt då patienten bemöts med vänlighet. Vänlighet ingick i att skapa trygghet och att vara positiv, snäll och empatisk var även det betydelsefulla delar i ett professionellt bemötande.

Det var en betydelsefull uppgift att informera kvinnan och att rådge henne under hela förlossningsprocessen. Informationen reducerade rädsla samt hjälpte kvinnan att hantera smärta och fysiologiska förändringar. Enligt Rosen et al. (2015) är bristande information och kommunikation respektlös vård. Att ge tillräcklig information är en del av att ge god vård (Mukamurigo et al., 2017). Enligt Rosen et al. (2015) får endast cirka 40 procent av kvinnorna i Rwanda information inför en undersökning och cirka 42 procent tillfrågas av personal om de har frågor, vilket bryter mot de internationella rättigheterna för gravida kvinnor som säger att det är alla kvinnors rätt (White Ribbon Alliance, 2011).

Enligt Karlström et al. (2015) hjälper barnmorskan kvinnan att hantera förlossningsprocessen genom att bjuda in partnern till att medverka. Enligt Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert (2017) har kvinnor som får kontinuerligt stöd av vårdpersonal eller anhörig en större chans till vaginal förlossning. Som Lundgren (2010) skriver är också stödet den främsta orsaken till en positiv förlossningsupplevelse. Enligt WHO:s (2017) standard för god vård ska varje kvinna erbjudas möjligheten att ha med valfri person under förlossningen. Studenterna

beskrev att kvinnor sällan får ha med en manlig partner under förlossning och Rosen et al. (2015) beskriver att endast cirka 43 procent blir uppmuntrade att ha med en stödjande person under förlossningen i Rwanda. Därmed dras slutsatsen att kvinnors förlossningsupplevelse riskeras påverkas negativt i Rwanda. Enligt Mukamurigo et al. (2017) har dock de flesta födande kvinnorna i Rwanda sammantaget en positiv förlossningsupplevelse. Enligt McMahon et al. (2014) förekommer det att kvinnor inte motsätter sig respektlös vård på grund av rädslan att nekas fortsatt vård. Enligt Karlström et al. (2015) ökar en positiv förlossningsupplevelse välbefinnandet hos modern, stärker bandet mellan mor och barn och kan påverka hälsan hos de båda. Detta styrker även Hodnett et al. (2012).

Det professionella bemötandet innebar att underlätta förlossningsprogressen och säkerställa att det inte uppstod några komplikationer för kvinnan eller barnet. För att underlätta förlossningsprogressen skulle barnmorskan hjälpa kvinnan till positionsändring och mobilisering vilket också Lothian (2009) beskriver. Enligt Rosen et al. (2015) blir 70 procent av kvinnorna i Rwanda uppmuntrade till mobilisering och byte av position, vilket tyder på att kunskapen som studenterna erhöll inte utövas tillfullo i praktiken. För att tillämpa medicinsk säkerhet skulle barnmorskan vara kunnig och observera förlossningsprocessen för att kunna förhindra komplikationer. Den största vårdgivande personalgruppen i Rwanda är gymnasieutbildade sjuksköterskor (MOH, 2011). Enligt Rwandisk lag tillhör det även den diplomerade sjuksköterskans arbetsuppgifter att förlösa kvinnor utan riskfaktorer (MOH, 2015), vilket tyder på att många kvinnor i Rwanda inte erhåller förlossningsvård grundad på kunskap som kvinnor bör få. Enligt Logie et al. (2008) assisteras endast cirka hälften av alla förlossningar av kvalificerad personal. En siffra från 2008 som känns relevant då det tar både tid och resurser att utbilda vårdpersonal (MOH, 2011) i ett utvecklingsland med många utmaningar (Utrikesdepartementet, 2015) (Landguiden, 2016c) (SIDA, 2016b) (NISR, MOH & ICF International, 2015).

Resursbristen innebar hinder i att utöva den vård de var lärda att ge. När fler kvinnor vårdades samtidigt skapades sämre förutsättningar för att upprätthålla hygieniska riktlinjer, vilket leder till en risk för att vårdens kvalitet påverkas negativt enligt WHO:s (2017) standard. Studenterna beskrev också att stress orsakat av resursbrist ledde till att barnmorskor kunde utöva ett respektlöst beteende, vilket även barnmorskestudenter i Ghana upplever som orsak till respektlös vård (Rominski et al., 2016). Som Arman & Rehnsfeldt (2006) skriver har alla vårdgivare som mål att ge lämplig vård och om rätt förutsättningar finns kan målet uppnås. Barnmorskeutbildningen i Rwanda innehåller lärande om etiska riktlinjer vilket Holm (2009) menar ska ingå i vårdutbildningar för att uppnå professionalism.

Vidare forskning

Förslag till vidare forskning inom ämnet är att ta reda på den nyexaminerade barnmorskans upplevelse av att inte kunna utöva vård av den kvalitet som skolan lärt ut. Det vore även intressant att ta reda på kvinnors upplevelse av att inte ha med sin manliga partner vid förlossningen samt undersöka vad männen själva känner inför att vara exkluderade.

Konklusion

I resultatet framkom att kärnan i det professionella bemötandet under förlossningsprocessen innefattar att främja kvinnans trygghet. Det framkom även att Universitetet i Rwanda har en utbildning som förbereder studenter i att utöva ett professionellt bemötande. Det föreligger dock hinder att kunna utöva kunskapen från utbildningen i praktiken.

Ett professionellt bemötande bör utövas inom all förlossningsvård världen över då en positiv förlossningsupplevelse har en stor betydelse för kvinnan och hennes familj. I Rwanda kan studien bidra till reflektion kring det professionella bemötandet i förlossningsvården. Det kan leda till en drivkraft att vilja förbättra och skapa möjligheter att utöva den kunskap skolan förser studenterna med i praktiken. Fler liknande studier behövs i Rwanda för att de hinder som beskrevs ska kunna lyftas till en högre nivå. I slutändan kan det bidra till en förbättrad förlossningsupplevelse för den Rwandiska barnaföderskan. Liknande studier i andra låginkomstländer kan åstadkomma en utveckling av det professionella bemötandet även där. I Sverige kan studien leda till reflektion inom förlossningsverksamheten då bemötandet blir drabbat vid resursbrist även här. Studien ger också möjlighet till en ökad förståelse och en inblick i förlossningsvården i ett låginkomstland som Rwanda.

Referenser

- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet. Stockholm: Liber AB.
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (red.), Att stödja och stärka (s-29-42). Lund: Studentlitteratur AB.
- Berg, M., Lundgren, I. (2010). Att vårda vid barnafödande är att stödja och stärka. I M. Berg & I. Lundgren (red.), Att stödja och stärka (s 237). Lund: Studentlitteratur AB.
- Blennberger, E. (2013). Bemötandets etik. Lund: Studentlitteratur.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- CODEX. (2017). Forskning som involverar människan. Hämtad 2017-09-07, från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., Nyström, M. (2008). Reflective Lifeworld Research. Studentlitteratur.
- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.
- Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J., Grady, C. (2004). What Makes Clinical Research in Developing Countries Ethical? The Benchmarks of Ethical Research. *The Journal of Infectious Diseases* 189, 930–937.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation, samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur.
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E ... Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*, (92), 915–917. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.137869>.
- Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. Malmö: Studentlitteratur.
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Weston, J. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systemic Reviews*, 16(2). doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3
- Holm, U. (2009). Det räcker inte att vara snäll. Om empati och professionellt bemötande i människovårdande yrken. Stockholm: Natur & kultur.
- International Confederation of Midwives. (2014a). News. Hämtad 2017-07-02, från <http://internationalmidwives.org/news/?nid=175>
- International Confederation of Midwives. (2014b). *International Code of Ethics for Midwives*. Hämtad 2017-01-05, från

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

International Confederation of Midwives. (2017). *Our members*. Hämtad 2017-07-02, från <http://internationalmidwives.org/our-members/>

Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15:251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0.

Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W., Freedman, P. F. (2014). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*, 1-8. doi:10.1093/heapol/czu079.

Kujawski, S. A., Freedman, L. P., Ramsey, K., Mbaruku, G., Mbuyita, S., Moyo, W., Kruk, M. E. (2017). Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. *PLOS Medicine*, 11, 1-16.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Landguiden. Utrikespolitiska institutet. (2015). *Religion*. Hämtad 2017-01-22, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/religion/>

Landguiden. (2016a). *Geografi*. Hämtad 2017-08-24, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/geografi/>

Landguiden. (2016b). *Klimat*. Hämtad 2017-08-24, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/klimat/>

Landguiden. (2016c). *Utbildning*. Hämtad 2017-08-26, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/utbildning/>

Landguiden. (2016d). *Befolkning och språk*. Hämtad 2017-10-20, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/befolkning-och-sprak/>

Landguiden. (2016e). *Äldre historia*. Hämtad 2017-11-27, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/aldre-historia/>

Landguiden. (2016f). *Modern historia*. Hämtad 2017-12-18, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/modern-historia/>

Landguiden. (2017a). *Aktuell politik*. Hämtad 2017-08-26, från <https://www-ui-se.ezproxy.ub.gu.se/landguiden/lander-och-omraden/afrika/rwanda/aktuell-politik/>

Logie, D. E., Rowson, M., Ndagije, F. (2008). Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *The Lancet*, 372, 256-61.

Lothian, J. A. (2009). Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54.

- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (red.), Att stödja och stärka. Lund: Studentlitteratur AB.
- Ministry of Health. (2011). Human Resources for Health Program Strategic Plan 2011-2016. Hämtad 2017-11-09, från [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/policies/HRH_STRATEGIC_PLAN_2011 - 2016 APPROVED.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/policies/HRH_STRATEGIC_PLAN_2011_-_2016_APPROVED.pdf)
- Ministry of Health. (2015). Scope of nursing and human body orders. Hämtat 2017-11-23, från <http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/HLaws/Scope-of-nursing-human-body-orders.pdf>
- McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. NM., Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, (268), 1-13.
- Moyer, C. A., Adongo, P. B., Aborigo, R. A., Hodgson, A., Engmann, C. M. (2013). 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery*, 30(2), 262-268.
- Mukamurigo, J. U., Berg, M., Ntaganira, J., Nyirazinyoye, L., Dencker, A. (2017). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 181. doi: 10.1186/s12884-017-1363-z.
- Mukamana, D., Uwiyeze, G., Sliney, A. (2015). Nursing and Midwifery Education in Rwanda: Telling our Story. Rwanda Journal Series F: Medicine and Health Sciences, 2(2), 9-12. doi.org/10.4314/rj.v2i2.1F.
- National Institute of Statistics of Rwanda. (2016). Rwanda civil registration and vital statistics systems: Comprehensive Assessment Final Report Volume I.
- National Institute of Statistics of Rwanda, Ministry of Health & Inner City Fund International. (2015). Rwanda Demographic and Health Survey 2014-15. Rockville, Maryland, USA: NISR, MOH & ICF International.
- Okafor, I. I., Ugwu, E. O., Obi, S. N. (2014). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128 (2015), 110-113.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rominski, S. D., Lori, J., Nakua, E., Dzomeku, V. & Moyer, C. A. (2016). When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out: justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy and Planning*, 0(0). doi:10.1093/heapol/czw114.

Rosen, H. E., Lynam, P. F., Carr, C., Reis, V., Ricca, J., Bazant, E. S. & Bartlett L.A. (2015). Direct observation of respectful maternity care in five countries: A cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC pregnancy & Childbirth*, 15(306), 1-11. doi:10.1186/s12884-015-0728-4.

Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete. (2016a). *Landfakta*. Hämtad 2017-08-24, från <http://www.sida.se/Svenska/Har-arbetar-vi/Afrika/Rwanda/Landfakta/>

Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete. (2016b). *Vårt arbete i Rwanda*. Hämtad 2017-08-24, från <http://www.sida.se/Svenska/Har-arbetar-vi/Afrika/Rwanda/Vart-arbete-i-Rwanda/>

Styrelsen för internationellt utvecklingssamarbete. (2016c). *Utvecklingen i Rwanda*. Hämtad 2017-08-24, från <http://www.sida.se/Svenska/Har-arbetar-vi/Afrika/Rwanda/Utvecklingen-i-Rwanda/>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Squires, A. (2008). Language barriers and qualitative nursing research: methodological considerations. *NIH Public Access*, 55(3), 265–273. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00652.x.

The State of the World's Midwifery. (2014). *A Universal Pathway. A Woman's Right to Health*.

United Nations Develop Programme. (2014). *Rwanda - ett land på uppgång*. Hämtad 2017-09-05, från <http://www.millenniemaalen.nu/blog/rwanda-ett-land-pa-uppgang/>

UNDP. (2015a). *Globala målen*. Hämtad 2017-10-28, från <http://www.globalamalen.se/>

United Nations Develop Programme. (2015b). *Mål 3 Hälsa och välbefinnande*. Hämtad 2017-10-28, från <http://www.globalamalen.se/>

University of Rwanda. (2013). Curriculum. Advanced Diploma in Midwifery. Kigali: University of Rwanda, Midwifery.

Utrikesdepartementet. (2015). *Strategi för Sveriges utvecklingssamarbete med Rwanda*. Stockholm: Elanders Grafisk Service 2015.

Van den Broek, N. R., Graham, W. J. (2009). Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(1), 18-21. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x.

White Ribbon Alliance. (2011). Respectful maternity care charter. Washington, DC White Ribbon Alliance.

World Health Organization. (2013). Nursing and midwifery progress report 2008–2012. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2017). *WHO standards of care to improve maternal and new born quality of care in facilities*.

Bilaga 1



Sahlgrenska Academy
Institute of Health and Care Sciences

To Dean Dr Donatilla & Deputy Dean Dr Madeleine Mukeshimana

As part of our final semester we are completing a project, where we explore a subject within the midwifery framework. The aim is to get knowledge of midwifery students learning in professional care related to childbirth. We wish to get an approval to do group interviews with last year midwifery students and teachers at the midwifery program at the University. Preferable five-eight participants in each group.

The participants will be given oral and written information about the project. They will be informed that the participation is voluntarily and that they can decline to participate without giving any special reason. The interviews will be held at the university. We wish to interview one group of students and one group of teachers. We estimate that each group interview will take one hour.

The report of this project will be sent to the university. The results from the group interviews will not be linked to any individual participant in the written report.

Kind regards,

Midwifery students
Frida Hjerpe & Madelene Orregård

If you have any questions you are very welcome to contact us by e-mail:

Frida Hjerpe
E-mail: gushjeffr@student.gu.se

Madelene Orregård
E-mail: gusorregma@student.gu.se

Tutor:
Elisabeth Jangsten Phd
Senior lecturer, RNM Specialized in Reproductive and Perinatal Health
Institute of Health and Care Sciences
Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg
E-mail: elisabeth.jangsten@gu.se Phone. (Sweden): +46 723054710